

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE **768** No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Stéphanie CHEVALLIER

Née le 4 février 1891, à Działoszyce (Pologne)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Ancienne Interne de l'Hôpital des Enfants d'Hendaye

LA GLOSSITE PAPULEUSE AIGUE

OU

GLOSSITE PAPULO-EXULCÉREUSE BÉNIGNE

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Stéphanie CHEVALLIER

Née le 4 février 1891, à Działoszyce (Pologne)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Ancienne Interne de l'Hôpital des Enfants d'Hendaye

LA GLOSSITE PAPULEUSE AIGUE

OU

GLOSSITE PAPULO-EXULCÉREUSE BÉNIGNE

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.	LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expérimentale
BULLIARD..... Histologie.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	M ^{me} J. LÉVY..... Pharmacologie.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
DOGNON..... Physique.	MOREAU Pathologie médicale.
FEY Urologie.	MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD..... Parasitologie.	MOUQUIN Pathologie médicale.
GASTINEL..... Bactériologie.	OBERLING..... Anatomie pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.	PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
GIROUD..... Histologie.	PORTES Obstétrique.
HAGUENAU Pathologie médicale.	RICHET Physiologie.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.	SANNIÉ..... Chimie biologique.
HAZARD Pharmacologie.	SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN Anatomie pathologique.	TROISIER Pathologie expérimentale
JOANNON Hygiène.	TURPIN Pathologie médicale.
LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.	VIGNES Obstétrique.
LACOMME Obstétrique.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.
	J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX..... Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE..		BROCQ.....	
AUBERTIN.....		CADENAT.....	
BRULÉ.....		GATELLIER....	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY.....		MOURE.....	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.....			
SÉZARY.....			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.....	
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL....	
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR HARTMAN

*Qui succomba victime de son
dévouement au cours de la grande
guerre et qui vit encore dans le
souvenir de tous ceux qui l'ont
connu, tant étaient grandes sa
science et sa bonté.*

A MA MÈRE

*Dont l'amour m'est un trésor si
précieux.*

A MON MARI
LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Cochin

*A qui j'ai donné ma vie ; je le
remercie de l'aide qu'il m'a prê-
tée dans la rédaction de ce mémoire.*

A MES ENFANTS CHÉRIS

*Assez grands maintenant pour
que, après une longue interrup-
tion de mes études médicales, je
puisse les achever par une thèse
de doctorat.*

A MES CHÈRES SŒURS
ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MON BEAU-PÈRE SI CORDIAL

A TOUTE MA FAMILLE ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR P. HARVIER

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

*Qui a augmenté notre dette de
reconnaissance envers lui en me
faisant l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Avec
l'expression de mon respectueux
dévouement.*

A MES PREMIERS MAITRES EN MÉDECINE

M. PICQUÉ (*in memoriam*)

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

M. TUFFIER (*in memoriam*)

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

M. GRÉGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

M. JOUSSET

Médecin de l'Hôpital Laënnec

M. CH. ACHARD

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine

Médecin honoraire des Hôpitaux

Membre de l'Institut

Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES PENDANT MON EXTERNAT

Première année

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Dont la sollicitude et l'enseignement m'ont été si précieux.

Seconde année

M. LE DOYEN ROGER

Dont l'intelligence prestigieuse et la magnifique culture ont puissamment fécondé mon esprit.

M. LE DOCTEUR P.-ÉMILE WEIL

Médecin de l'Hôpital Tenon

Le Maître français de l'hématologie.

Troisième année

M. LE DOCTEUR GARNIER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Qui m'a appris, avec tant de bonté et de patience, les bases essentielles de la clinique et de la biologie.

A MES MAÎTRES PENDANT MON INTERNAT

1914-1918. A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR MÉRY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Qui m'a acceptée pour remplacer
ses internes appelés aux armées
et m'a, durant plusieurs années,
initiée à la médecine infantile.*

1918-1920. A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR CAMINO

¹ Médecin du Sanatorium d'Hendaye

*Dont la science était grande et
dont la vie fut un modèle de probité
et de dévouement.*

A MES CAMARADES D'ÉTUDES MÉDICALES

MM. GUYONNET ET BOEGNER

Morts victimes de leur dévouement

M. LE DOCTEUR BOUTELIER

Médecin d'Uriage

M. LE DOCTEUR CHABANNIER

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine

M. LE DOCTEUR LEROUX

Professeur à l'École de Médecine de Nantes

MADemoisELLE LE PROFESSEUR CONDAT

*Dont la chaire de thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Tou-
louse a justement sanctionné le
travail acharné, la haute culture
médicale, le grand dévouement
et la belle intelligence.*

MADemoisELLE LE DOCTEUR LE SOUDIER

*Qui s'est adonnée aux études
biologiques.*

M. LE DOCTEUR ROULLÉ

Médecin du Sanatorium de Craye-sur-Mer

I

HISTORIQUE RARETÉ ET INTERET DE LA MALADIE

La glossite papuleuse aiguë a été décrite pour la première fois par P. MICHELSON en 1890. Au début du XIX^e siècle, MICKULICZ en a observé un nouveau cas. En 1935, un troisième cas est publié par P. CHEVALLIER, A. SCHOENGRUNN et R. MOLINE. Des observations ont pu nous échapper, car il est toujours difficile de découvrir les publications faites sur une affection dont le nom est insuffisamment classique et la rareté extrême.

Mais est-elle aussi rare qu'elle le paraît ?

Certainement sa fréquence est minime puisque lorsque nous avons vu le cas nouveau que nous rapportons ci-après, l'aspect de la langue ne nous rappelait rien de connu. Cependant certains arguments nous portent à ne pas admettre que la glossite papuleuse aiguë soit exceptionnelle.

Dans une conversation privée, M. MILIAN, le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, nous a dit qu'il en avait soigné une. Même il a prélevé par biopsie une papule linguale. Mais, n'ayant pas d'opinion

très nette sur l'affection, il a conservé ce cas dans ses dossiers, espérant que le hasard lui en donnerait un second.

Il est infiniment probable que des observateurs moins avertis que l'ancien président de la Société de Dermatologie eussent fait une erreur de diagnostic. Parmi les erreurs possibles, il en est une sur laquelle nous insisterons plus loin, car elle peut avoir des conséquences navrantes : la glossite papuleuse aiguë, maladie courte et bénigne, ne doit pas être confondue avec une éruption syphilitique.

LES TROIS OBSERVATIONS CONNUES

OBS. I. P. MICHELSON. — *Glossitis papulosa acuta*, 1890.

M. N., 34 ans, femme d'ouvrier, à Königsberg. Sauf une rougeole dans l'enfance, santé excellente. Deux enfants robustes de quatre et de un an.

Le 4, la malade est prise brusquement d'une sensation de chaleur et de frissons, avec abattement, céphalée et anorexie. Mais elle est surtout tourmentée par une douleur cuisante à la langue, dont la surface se couvra, dès ce jour, de plusieurs papules blanches du volume d'un petit pois. Au cours des deux jours suivants, survinrent de nouvelles papules ; celles-ci, récemment nées, étaient seulement de la dimension d'une tête d'épingle, tandis que celles apparues précédemment avaient doublé de taille.

Le 6 au matin : femme pâle, malingre, qui se plaint de brûlure à la langue, d'anorexie et d'abattement. Température cutanée 39°3, pouls 90.

Sur le dos de la langue sont disséminées environ 10 efflorescences arrondies allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un fort petit pois, qui se surélèvent de 1 1/2 à 3 millimètres au-dessus du niveau de leur voisinage. La surface des papules est opaque, blanc laiteux. Les plus grandes ont une coloration jaunâtre au centre. Sur les papules de moyenne grandeur existe une fossette aplatie.

Le contact de ces saillies n'est pas particulièrement sensible ; à la piqûre d'épingle il ne s'échappe aucun liquide. Dans le voisinage immédiat des plaques, la muqueuse présente une rougeur un peu plus intense qui s'efface progressivement vers la périphérie.

A la face interne de la lèvre inférieure, en regard de l'incisive gauche interne, on voit une zone muqueuse de trois millimètres de diamètre, enflammée et un peu infiltrée, entourant une papule blanc-jaunâtre de la dimension d'une tête d'épingle. Les gencives dans la région des incisives et des canines inférieures sont modérément tuméfiées et de coloration livide-rougeâtre. Aux collets dentaires il y a un enduit crémeux jaunâtre. La pression sur les parties inflammatoires de la gencive est douloureuse et provoque l'exsudation d'une sécrétion analogue à l'enduit précité. Un peu de salivation ; fétidité buccale très modérée. Aucune perversion du goût. A gauche, quelques ganglions cervicaux du volume d'une petite noisette. Rien d'anormal aux organes internes.

Le 6, au soir, légère fièvre (38°3).

Le 7, les douleurs linguales ont un peu diminué ; état général stationnaire. Les principales efflorescences apparues la veille ont augmenté et les parties marginales des papules isolées voisines se touchent par leurs pieds. L'aspect des éléments plus anciens et plus étendus, ne s'est pas très modifié. Entre la dépression centrale et la partie périphérique de la papule est apparue une zone intermédiaire sous forme d'un cercle de 1 à 2 millimètres de largeur, brun-rougeâtre, pointillé, et les bords des saillies ont pris une coloration livide-rougeâtre. Le pourtour des grandes papules est moins enflammé que celui des plus petites et plus jeunes.

Le 8, les papules les plus anciennes sont moins proéminentes, leur surface a un aspect jaune-verdâtre régulier et une consistance pâteuse.

Le 9, mêmes symptômes généraux atténués. Température

normale. A la place des papules disparues, on trouve des érosions arrondies, profondes d'un demi à un millimètre, à bords finement dentelés et au fond couvert de pus. La gingivite est en regression. La tuméfaction des ganglions cervicaux a disparu.

Le 15, santé parfaite. Sur quelques endroits du dos de la langue, auparavant occupés par les papules les plus grosses, on trouve des plages desquamées. Le reste de la bouche est normal.

OBS. II. MIKULICZ. — Ce cas concernait une femme d'ouvrier, de 32 ans, qui, contrairement à celle de MICHELSON, ne présenta pas de symptômes fébriles. Son affection commença sans douleurs ; il se développa seulement des papules blanchâtres qui atteignirent de notables dimensions et s'exulcérèrent. Absence de syphilis. L'affection guérit après trois semaines. Il évolua en même temps une légère stomatite catarrhale diffuse. L'étiologie resta obscure.

Nous n'avons pu nous procurer l'observation originale. Ce résumé est emprunté aux traités de maladie de la bouche de MICKULICZ qui contient une belle figure en couleur de la maladie avec une légende détaillée. La description générale de l'auteur permet d'ailleurs de reconstituer en partie l'observation.

OBS. III. P. CHEVALLIER. — La maladie atteignit un homme de 30 ans, J. Pierre, frotteur de parquets. Le premier symptôme qui attira l'attention du malade fut une brûlure de la langue ; cette sensation était spontanée, mais augmentait lorsque le patient fumait ou buvait un liquide alcoolisé.

Les aliments solides, l'eau et le lait, étaient bien supportés. Aucun trouble ne fut ressenti qui fit penser à une poussée fébrile.

Trois jours après le début apparent de la maladie, le

patient s'aperçoit d'une éruption papuleuse sur le dos de la langue ; il vient consulter le cinquième jour.

Les éléments sont au nombre de cinq, situés sur la face dorsale, à la partie moyenne et du côté gauche. Trois de ces éléments sont gros. Ils atteignent 6 millimètres de diamètre ; les deux autres sont plus petits (2 millimètres environ). Ils sont franchement isolés les uns des autres.

Le relief des papules est net ; il est perçu par le malade lui-même ; il était même, dit-il, plus saillant il y a deux jours, c'est-à-dire le troisième jour. On peut l'estimer à deux millimètres.

Leur couleur est très remarquable. Les deux éléments petits sont blanchâtres à centre rouge.

Les trois grosses papules présentent deux parties : une zone périphérique, bords saillants, blanche ou blanchâtre qui a deux millimètres de large environ et dont l'épithélium est intact et une exulcération centrale, rouge, à contours zigzagants, crénelés, dont le diamètre est d'un millimètre à 1 mm. 1/2.

En outre, *sur le voile du palais*, existent quelques petites taches rosées un peu gonflées qui sont manifestement des équivalents avortés de l'éruption linguale.

Les phénomènes douloureux du début persistent, très atténués. Le malade n'a pas pris sa température, il ne se sent pas fébrile.

L'examen général ne montre rien d'anormal. Wasserman négatif. Sang : globules rouges, 4.720.000 ; Hg. 90 ; valeur globulaire 0,97 ; hématies granulofilamenteuses, 1 % ; plaquettes 248.000 ; globules blancs, 9.200 dont neutrophiles 69,5 (Arneth, 8, 20, 61, 9, 2) ; éosinophiles, 1,5 ; lymphocytes, 8 (5 petits) ; monocytes, 21 (13 sans grains azur) ;

Les jours suivants l'affaissement progresse. Au neuvième jour, les éléments éruptifs perdent tout relief. Ils sont réduits

à l'état de taches blanches à centre exulcéré rouge. L'épithélium desquamé paraît devoir se réparer rapidement.

Au vingtième jour, l'éruption est guérie. Il persiste encore des plages de desquamation qui ne correspondent pas exactement aux papules observées au début et une glossite médiane losangique qui préexistait à l'éruption.

Nous examinons à ce moment l'estomac du malade qui se plaint de quelques troubles digestifs (pesanteur après les repas, etc.), qu'il attribue au tabac et au mauvais régime antérieur. Suc gastrique d'histamine : HCl libre + ; acidité libre, 3,4 ; acidité totale, 4 ; chlore total, 5,2. Quinze jours après la guérison, gastroscopie (M. F. MOUTIER) : l'examen est très difficile par suite d'un spasme total de l'œsophage qui a duré vingt minutes, puis d'un spasme intense de l'estomac comme on n'en rencontre pour ainsi dire jamais. Après la fin de ce spasme, l'estomac s'est montré tolérant à l'air. On ne trouve aucune érosion muqueuse. Gastrite atrophique du second degré : état lisse de la muqueuse, plis très diminués. L'antrum est partout très lisse, il est même plus atteint que le fundus, ce qui est rare, mais cette légèreté des lésions fundiques explique l'hyperchlorhydrie.

Un mois et demi après l'éruption, il n'en reste pas trace. Seule persiste la glossite médiane losangique.

Quatre mois plus tard, santé parfaite.

III

ÉTIOLOGIE

L'allure clinique de la maladie ne permet pas de mettre en doute une origine infectieuse. Mais l'agent pathogène est inconnu.

Dans ses biopsies, MICHELSON n'a vu que des microbes banaux. Le râclage des exulcérations n'a montré aux auteurs qui l'ont fait aucun germe ni à l'ultramicroscope ni par diverses colorations. Les cultures ont été stériles, sauf les tubes qui se trouvèrent infectés par des microbes banaux de la bouche. L'inoculation par scarification à la cornée du lapin n'a produit aucune kératite (P. CHEVALLIER, A. SCHOENGRUNN et R. MOLINE).

Les auteurs allemands ont discuté la parenté avec diverses infections, en particulier la varicelle et surtout la variole. Mais l'absence de contagiosité n'est pas en faveur de ces hypothèses. Il est en effet remarquable que les trois cas connus ont été strictement sporadiques : ni l'entourage familial, ni les camarades de travail n'ont présenté de glossite comparable ni d'éruption cutanée.

On pourrait aussi rapprocher la glossite papuleuse

aiguë de l'erythema papulatum de HEBRA (les rapports avec l'hydroa vésiculeux de BAZIN ne sauraient être discutés). Il serait séduisant de faire de la maladie une variété strictement buccale de cet erythema papulatum.

En réalité cette hypothèse, comme les autres qui pourraient être proposées, ne sont que des jeux de l'esprit. En l'état actuel de nos connaissances, mieux vaut rester sur la réserve et avouer notre ignorance.

Jusqu'ici la maladie n'a été observée que chez des adultes jeunes : femmes de trente-deux à trente-quatre ans (MICHELSON, MICKULICZ), homme de trente ans (CHEVALLIER).

Ce dernier était frotteur de parquets. Les femmes avaient pour maris des ouvriers.

Avant le début de la maladie, la santé de tous était excellente ; elle le redevint après sa terminaison (la femme de MICHELSON était malingre).

On ne découvre aucune cause prédisposante ethnique, locale ou personnelle.

IV

L'ÉLÉMENT ÉRUPTIF

Etude clinique

L'élément éruptif est une papule.

Elle *commence* par une petite tache rouge qui, très rapidement (nos observations ne permettent pas de préciser le temps) se surélève en une coupole à dôme surbaissé en même temps qu'elle s'élargit.

A leur *maximum de développement*, les papules sont de taille variable. Nous dirons plus loin que l'éruption se fait par vagues successives. Les éléments les premiers apparus sont les plus gros. Vers le troisième jour environ, ils cessent de croître. Leur diamètre est de 6 à 8 millimètres, parfois un peu plus. Leur saillie au-dessus du niveau du voisinage atteint 1 mm. 1/2 à 3 millimètres. Les petites papules peuvent n'avoir que la grosseur d'une tête d'épingle. Tous les intermédiaires existent entre les grosses papules et les éléments avortés, simple tache, ou plutôt légère saillie minime, qui s'observent généralement quand s'épuise la poussée morbide.

Leur couleur est très remarquable. Elles tranchent

sur le fond de la muqueuse linguale par leur teinte blanchâtre, mêlée de rose sur les bords en pente, assez franchement blanchâtre ou blanc-jaunâtre sur le dôme proprement dit, parfois blanc laiteux. Autour s'étend une aréole rouge qui s'estompe après quelques millimètres pour se confondre avec la couleur normale de la muqueuse.

Les petites papules arrêtées dans leur évolution sont aussi entourées d'une aréole rouge, souvent presque aussi grande que celle des grandes papules. leur couleur est volontiers moins blanche, bien que toujours très pâle.

Le toucher n'est pas particulièrement douloureux ; il révèle une tuméfaction ferme et élastique.

L'évolution du centre est un signe capital de la maladie. Très précocement, dès le troisième jour, semble-t-il, et même avant, il présente des modifications importantes. Dans les petites papules, celles qui s'arrêtent dans leur évolution, il se contente souvent de rougir. Dans certaines de ces petites papules et toujours dans les grosses, il devient jaune et se déprime. Il se forme une sorte de vésicule avortée qui se dessèche d'emblée, ou une nécrose superficielle ; si on la pique avec une épingle, il ne s'écoule pas de liquide. Bientôt on se trouve en présence d'une exulcération centrale large d'un à deux millimètres, à contours zigzaguant, irrégulièrement crénelés ; ces contours n'ont pas du tout l'aspect polycyclique régulier d'une exulcération herpétique ; leur dessin est très spécial, indescriptible.

Le premier stade de l'ulcération est une nécrose centrale. On voit une dépression jaunâtre opaque ; elle peut avoir plusieurs millimètres de diamètre ; son pourtour festonné d'un à deux millimètres, est alors rougeâtre, pointillé. La partie adjacente de la papule peut se congestionner et être plus livide que blanc.

En somme, à son *acmé*, vers le troisième ou quatrième jour en général, les éléments gros et moyens présentent du centre à la périphérie : 1) une zone déprimée jaunâtre, de nécrose et d'exsudation coagulée ; 2) un liseré irrégulier rouge ; 3) un rebord qui descend bientôt vers l'extérieur, parfois violacé près du liseré, en règle rosé près du pied, et dont la partie moyenne, et souvent toute l'étendue, frappent par leur blancheur ; 4) enfin, une aréole rouge autour de la papule.

L'évolution se poursuit rapidement. L'aspect se modifie souvent du jour au lendemain. Dès le cinquième jour en général, l'*affaissement* est net ; la papule perd la plus grande partie de sa saillie. La consistance est moins ferme ; MICHELSON la disait pâteuse. *Le centre s'érode*. Parfois il se fait un peu de suppuration et la teinte peut en être jaune-verdâtre. En général l'exfoliation est rapide. Il reste une ulcération d'un rouge un peu brillant de sérosité, mais non saignante ; le fond est un peu déprimé, au plus d'un millimètre et, généralement, d'à peine un demi-millimètre. Les bords sont encore plus nettement dentelés et crénelés qu'ils n'étaient auparavant.

Plus ou moins vite, le neuvième jour dans notre observation, parfois dès le sixième jour (ou peut-être plus tard) l'affaissement est complet. Les éléments ne sont plus que des taches blanches à centre exulcéré rouge. Enfin la blancheur disparaît et les exulcérations se réparent très vite.

Dans notre observation comme dans celle de MICHELSON l'éruption laissa, là où elle s'était produite, des plages desquammées qui mirent plusieurs semaines à disparaître. Notre malade avait, en outre, une glossite médiane losangique qui ne se modifia pas au cours de la maladie et persista après sa guérison ; il est à noter que des papules apparurent aussi bien sur la zone de glossite losangique que sur les parties saines de la langue.

Étude anatomique

L'étude anatomique a été faite par MICHELSON. Elle a porté sur des papules récentes, mais au moment que les vagues éruptives se faisaient moins vives.

L'épiderme et la zone papillaire du derme sont infiltrés de sérosité. L'épithélium est parsemé de cavités nombreuses et de dimensions variables, qui contiennent des dépôts fibrineux et des cellules épithéliales en voie de dégénérescence. Les cellules de la couche de MALPIGHI les plus proches du derme papillaire présentent des signes manifestes d'altération, en particulier un cytoplasma finement

granuleux et souvent des noyaux faiblement colorables. « En haut, cette couche cellulaire était recouverte par une lamelle homogène analogue à une cuticule. »

Les papilles sont élargies et infiltrées de cellules rondes ; les vaisseaux sanguins y sont dilatés et remplis de sang. L'infiltration des petites cellules se prolonge dans les autres parties du derme, mais n'a pas de caractères spéciaux.

LE RYTHME ET L'ABONDANCE DE L'ÉRUPTION

L'éruption ne se fait pas d'un seul coup. Elle se poursuit pendant un certain nombre de jours : deux à quatre jours, semble-t-il. En général l'éruption est terminée le troisième jour.

Les premiers éléments apparus prennent un développement important. Les autres avortent, d'autant plus qu'ils apparaissent plus tard. On a l'impression que le génie éruptif s'épuise d'heure en heure à partir du second jour, et qu'à un moment donné, l'immunité empêche l'apparition de nouveaux éléments et l'extension des anciens ; ceux-ci ne peuvent plus que parcourir le cycle évolutif que leur imposent les dégénérescences cellulaires constituées dès leur début.

On doit cependant noter que les papules apparues dans la même journée ou dans la même nuit, ne prennent pas forcément une importance égale. Cependant si elles ne sont pas toujours identiques, elles sont d'un même ordre de grandeur et de durée.

Les premières papules sont non seulement les plus grosses, mais encore les plus longues à guérir. Les

dernières, réduites à une tête d'épingle et parfois même à une simple macule, disparaissent un peu plus vite. Mais la différence n'est pas grande. A la période intermédiaire on peut voir les papules les plus anciennes presque dépourvues de leur halo rouge inflammatoire, alors que les petites, récentes, sont largement entourées d'une aréole congestive.

L'érosion centrale se fait sur toutes les papules de façon rapide et presque en même temps.

L'éruption se compose d'un nombre modéré d'éléments : cinq, douze, quinze.

En se multipliant et en s'agrandissant, ils peuvent se juxtaposer. Jamais ils ne confluent. Presque toujours ils sont non seulement bien distincts les uns des autres, mais encore nettement séparés. Si quelques papules peuvent être assez proches les unes des autres dans la région qui forme le centre de l'éruption, d'autres sont éloignées, et parfois très éloignées.

VI

LE SIÈGE DE L'ÉRUPTION

L'éruption siège à la langue.

Dans les trois cas connus, c'est sur *le dos de la langue* qu'elle est apparue, et c'est là que se trouvaient les éléments les plus importants. Les bords et la face inférieure sont épargnés. Les lésions se montrent généralement au tiers moyen du dos de la langue, tantôt des deux côtés du sillon médian, tantôt, comme dans notre cas, d'un seul côté. S'étendant, l'éruption peut envahir les autres parties du dos de la langue.

Mais si la maladie est essentiellement une glossite, elle n'est pas exclusivement une glossite.

MICHELSON signale à la face interne de la *lèvre inférieure*, en face de l'incisive gauche interne, une zone muqueuse de trois millimètres de diamètre, enflammée et un peu infiltrée, entourant une papule blanc-jaunâtre de la dimension d'une tête d'épingle.

Paul CHEVALLIER, A. SCHOENGRUNN et R. MOLINE ont vu, sur le *voile du palais*, de petites taches rosées un peu gonflées qui étaient manifestement des équivalents avortés de l'éruption linguale.

VII

LA STOMATITE CATARRHALE, L'ADÉNOPATHIE ET LES SIGNES FONCTIONNELS

En même temps que sortent les papules, apparaît une légère *stomatite catarrhale*. Elle fût extrêmement légère dans le cas français ; elle était un peu plus marquée chez la malade de MICHELSON et s'accompagnait d'un peu de gonflement des gencives et d'un enduit crémeux jaunâtre au collet des incisives inférieures ; il s'agissait là manifestement de l'exagération d'une gingivite antérieure. La stomatite larvée s'atténue en même temps que les papules s'affaissent. Elle disparaît à la fin de la maladie. Elle explique les plaques de desquamation linguale passagère dont les aires débordent les zones atteintes par les papules.

La salivation est nulle ou à peine marquée. L'haleine n'est pas fétide, sauf dans le cas de MICHELSON où la faible fétidité s'explique par la gingivite concomitante.

Derrière l'angle de la mâchoire peuvent naître quelques *ganglions* gros comme de petites noisettes ; dans notre cas, les ganglions étaient à

peine perceptibles. S'ils existent, ils sont légèrement sensibles et disparaissent dès la période d'affaïssement des papules, c'est-à-dire avant la guérison de l'éruption.

Les *signes fonctionnels* varient suivant les cas. Chez la malade de MICKULICZ, il n'existait aucune douleur. La femme de MICHELSON et l'homme de CHEVALLIER se plaignaient de *brûlures de la langue*. Il ne s'agissait pas de douleurs vraies, mais de sensation nette de brûlure qui occupait la surface de la langue. Ce symptôme est précoce. C'est lui qui attire l'attention du malade. Il persiste intense pendant deux à trois jours, puis s'atténue et disparaît.

La sensation de brûlure est spontanée. Chez notre malade elle était augmentée lorsqu'il fumait ou buvait un liquide alcoolisé. En revanche, l'eau, le lait et les aliments solides étaient bien supportés.

La *gêne fonctionnelle* est *minime*. Le plus souvent, le patient est alarmé par la sensation de corps étranger saillant qu'il a sur le dos de la langue. Il la regarde alors dans une glace et voit les papules qu'il compare à des pois. Très vite, en deux à quatre jours, c'est-à-dire dès que les papules sont complètement sorties, la gêne s'atténue et disparaît.

VIII

LES SIGNES GÉNÉRAUX

Les signes généraux varient suivant les cas.

Dans celui de MICHELSON, le début fut fébrile. La malade fut prise brusquement d'une sensation de chaleur ; elle frissonna ; elle était abattue, se plaignait de céphalée et avait perdu l'appétit. Le troisième jour, l'anorexie et l'abattement continuaient ; la température était 39°3 et le pouls 90. Le quatrième jour, l'état général était meilleur, la température 38°3 le soir. Les jours suivants, c'est-à-dire quand la poussée éruptive fut finie et que les symptômes locaux commencèrent de regresser, l'état général redevint bon.

La malade de MIKULICZ ne présenta aucun trouble net de la santé.

Notre malade se sentit, le premier jour, très légèrement fatiguée, mais n'éprouva ni céphalée, ni malaise, ni sensation de fièvre.

On ne découvre aucun trouble organique.

Les urines sont normales.

Le sang, examiné le cinquième jour par P. CHEVALLIER et Z. ELY, était quasi normal ; on trouva

9.200 globules blancs avec 70 % de polynucléaires neutrophiles et une formule d'Arneth normale. De ces chiffres on peut déduire que le début de la maladie s'accompagne presque certainement d'une polynucléose neutrophile.

Il était intéressant de savoir si l'éruption linguale se prolongeait dans l'estomac. Dans le cas de P. CHEVALLIER, la gastroscopie fut faite par le Dr Fr. MOUTIER, mais le malade ne s'y prêta qu'après la guérison complète de sa glossite. L'examen mit en évidence une gastrite atrophique du second degré, atteignant l'antra beaucoup plus que le fondus (ce qui est rare) et qui s'accompagnait d'hyperchlorhydrie. Cette gastrite était en rapport avec de légers troubles de la digestion qui existaient depuis longtemps.

IX

TABLERAU GÉNÉRAL DE LA MALADIE

Début. Marche. Durée. Terminaison

Début. — La glossite papuleuse aiguë commence insidieusement sans fièvre ni malaise nets, ou bien brusquement par une poussée fébrile avec frissons, céphalée, abattement et anorexie. Lorsqu'ils existent, ces signes généraux durent pendant la période d'augment de la maladie.

Le malade a l'attention attirée sur la langue, souvent, mais non toujours, par des brûlures vives et aussi, parfois, par une sensation de gêne due à la saillie des papules.

Eruption. — Sur le dos de la langue, surtout dans la partie moyenne, se développent, en des points quelconques, des papules arrondies qui se détachent sur la muqueuse normale par leur saillie nette, en dôme, et leur couleur blanche. Le centre s'érode et sur le bouton blanchâtre apparaît une exulcération rouge lorsqu'elle est bien détergée ; au début, elle peut être recouverte de détritits qui la blanchissent, ou d'un suintement verdâtre. On peut voir une co-

carde : dépôt jaunâtre ou jaune-verdâtre au centre, liseré rouge irrégulièrement dentelé, enfin large zone blanchâtre. A côté d'éléments nets existent des éléments plus jeunes, plus petits et avortés.

Bientôt, du cinquième au septième jour, l'élément s'affaisse ; la papule diminue de saillie, mais est encore nettement perceptible. Puis (vers le dixième jour dans notre cas) tout relief disparaît, mais on sent encore une certaine infiltration. A ce moment, on ne voit plus que des macules lenticulaires à centre rouge, desquamé et à collerette lisse blanchâtre.

L'éruption se fait par vagues pendant les premiers jours. Les premiers éléments apparus sont gros : les autres s'arrêtent dans leur évolution ; les derniers avortent complètement.

Des éléments peuvent apparaître sur la muqueuse buccale (lèvre inférieure, voile du palais (cas personnel)) : il s'agit alors d'éléments avortés, c'est-à-dire apparus secondairement.

A la période d'état les éléments ont des tailles variables d'une lentille à une petite pièce de monnaie, c'est-à-dire de quelques millimètres à presque un centimètre de diamètre. L'éruption est plus ou moins abondante : cinq à douze éléments, les uns petits, les autres plus gros, généralement dans le tiers moyen de la langue et près de la ligne médiane.

La période éruptive peut être divisée en deux phases : une phase d'activité qui dure quelques jours, une phase d'évolution anatomique, enfin une phase terminale.

Durée. — La durée est d'une dizaine à une quinzaine de jours. W. KUMMEL lui assigne trois semaines comme maximum.

Terminaison. — La terminaison se fait par guérison totale. Pendant quelques semaines existent encore sur le dos de la langue des plaques desquamées qui disparaissent par la suite. Revu plusieurs mois après la fin de sa glossite, notre malade était en parfaite santé et ne présentait aucune sequelles.

Rechutes et récidives. — Il n'en a pas été signalé.

X

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic est très bénin.

La guérison se fait sans traitement. La maladie est aussi cyclique que le zona par exemple et les symptômes en disparaissent sans aucune intervention médicale. Au début on peut calmer les phénomènes généraux s'ils existent et les brûlures de la langue par des calmants banaux. Localement, il est certainement nuisible d'ordonner autre chose que des topiques très anodins et nullement irritants. Encore peut-on s'en passer, comme nous l'avons fait. Notre cas démontre qu'est inexacte l'hypothèse de MICHELSON, que la maladie avait peut-être été abrégée et rendue plus bénigne par la thérapeutique qu'il avait faite.

XI

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

Nous ne répéterons pas les caractères particuliers de l'éruption que nous avons détaillés aux chapitres précédents. Ils sont assez spéciaux pour qu'en leur présence on ait d'emblée l'impression d'une maladie spécifique. Si on ne la connaît pas, on ne peut que conclure à une affection insolite.

Diagnostic différentiel

1. *La syphilis*. — Le diagnostic le plus important est celui que pose la syphilis. A vrai dire, l'éruption ne ressemble pas à une éruption syphilitique. Mais une erreur, qui ferait traiter le malade pendant de longues années, serait si regrettable qu'on ne saurait trop insister sur les caractères différentiels.

Les papules syphilitiques ne sont pas blanches comme le sont celles de la glossite papuleuse aiguë. Elles sont moins saillantes. Elles ne se dépriment pas

au centre pour donner une petite exulcération jaune, puis rouge.

On peut objecter qu'on connaît, dans certaines régions, le vulve par exemple, des papules syphilitiques saillantes, plutôt anémiques et même un peu déprimées à leur centre. On peut dire aussi qu'à la période terminale l'exulcération rouge est peu typique.

Ces remarques ne sont pas sans valeur. Cependant, la nécrose centrale entourée d'un liseré rouge, puis d'une large zone blanchâtre très surélevée d'abord, puis affaissée, est bien spéciale à la glossite papuleuse aiguë, surtout si l'on se souvient des brûlures qui l'accompagnent fréquemment au début et de l'aspect irrégulièrement crénelé du liseré qui borde la lésion centrale.

Enfin l'évolution est bien différente de celle de la syphilis. La glossite papuleuse aiguë a une marche rapide. Les symptômes objectifs se modifient de jour en jour. Si l'on a un doute, il suffit d'attendre un peu pour le faire disparaître.

Bien entendu, on ne néglige pas la recherche des autres manifestations de la syphilis. Les adénopathies, quand elles existent, y sont indolores et stables, alors que celles de la glossite aiguë sont sensibles et fugaces...

L'analyse du sang conserve toute son importance. Les trois sujets qui sont rappelés dans ce mémoire n'étaient pas syphilitiques. Chez celui qui fut

observé à Paris, le Wassermann et les autres réactions sériques étaient négatifs.

2. *La variole.* — Ainsi que le dit MICHELSON, les éléments linguaux de la glossitis papulosa acuta ne sont pas sans présenter des caractères communs avec les efflorescences de la variole. De ces ressemblances on a tiré argument pour rapprocher de cette maladie l'affection qui nous occupe. Peut-être un jour viendra-t-elle prendre place dans le groupe des varioles modifiées ou des paravarioles, à côté de l'alastrim et de syndromes encore mal classés. Mais on ne saurait faire état de leurs analogies passagères pour confondre les deux infections. La contagion de la glossite papuleuse aiguë n'a jamais été observée.

Au point de vue diagnostic, les signes concomitants et l'évolution de l'éruption sont si différents qu'on ne saurait insister.

3. *La varicelle. L'herpès. Le zona. Les glossites desquamantes.*

Le diagnostic est évident. Les petits éléments avotés ont quelque ressemblance avec des *éléments varicelleux*. L'hésitation pourra être permise si l'on décrit un jour des formes frustes de glossite papuleuse aiguë, c'est-à-dire des formes dépourvues de grosses papules saillantes et dures. Sans doute alors certains symptômes prendront une grande valeur que l'on néglige actuellement, comme le signe de MICHELSON : si l'on pique avec une aiguille la zone centrale en voie de nécrose, il ne s'écoule aucune goutte de sérosité.

Le *zona* a un autre aspect et une autre distribution.

L'*herpès* ne pourrait être discuté qu'à la période terminale, celle d'exulcérations plates ; mais les contours irréguliers, la zone blanchâtre périphérique sont très différents de ce que l'on observe dans l'*herpès*.

Quant à la *glossite desquamative simple en plaques*, c'est évidemment le diagnostic que l'on fera si l'on voit le malade pour la première fois à la période de convalescence.

4. *Les aphtes*. MICHELSON et MICKULICZ insistent sur le diagnostic avec les aphtes. Il nous semble que c'est surtout pour des raisons diplomatiques. Décrivant une affection nouvelle, ils insistent sur les caractères qui la différencient de la maladie à laquelle elle ressemble le plus par son début et son évolution. En réalité, et bien qu'on réunisse probablement sous le nom d'aphtes plusieurs affections distinctes, l'aspect objectif de l'éruption aphteuse est très différent de celui de la glossite papuleuse aiguë.

Celle-ci siège sur le dos de la langue, et, s'il existe d'autres localisations, elles sont minimes et secondaires. La stomatite aphteuse fleurit sur toutes les régions de la muqueuse buccale. Le siège de prédilection sur la langue des aphtes banaux récidivants, est la pointe et les bords latéraux.

Les aphtes sont des éléments arrondis ou allongés, réguliers, qui sont d'abord de couleur gris-blanchâtre,

se trouvent bordés par un liseré rouge étroit et ne font pas de saillie franche au-dessus de la muqueuse. Ils creusent une ulcération en cupule d'un beau jaune, ou, dans une autre forme, en plaque blanchâtre. Après leur naissance, ils ne s'étendent que très peu.

Les éléments de la glossite spéciale sont, au contraire, de fortes saillies pâles qui s'accroissent rapidement et sont entourés par une auréole rouge dont les limites externes se fondent insensiblement dans la muqueuse buccale. L'ulcération n'occupe que le centre de l'élément ; elle est superficielle, d'abord jaunâtre, puis rouge quand elle est détéfgée. Ses limites dessinent une circonférence très irrégulière. Une pastille, puis une lentille d'une pâleur remarquable entoure cette exulcération presque jusqu'à la fin de son évolution.

Les aphtes guérissent sans laisser ni cicatrice ni zone desquamée.

La glossite papuleuse aiguë laisse, sinon toujours, du moins souvent, une ou plusieurs aires de desquamation qui ne disparaissent qu'après une ou plusieurs semaines.

5. On pourrait multiplier les diagnostics. Nous n'en voyons pas l'utilité. La glossite papuleuse aiguë, au moins dans la forme typique qui est seule connue aujourd'hui, a un aspect et une évolution trop spéciaux pour se prêter au jeu d'une longue discussion.

CONCLUSIONS

1. Parmi les affections buccales, il en existe une très peu connue à cause de sa rareté : la glossite papuleuse aiguë de MICHELSON, qui serait peut-être mieux nommée glossite papulo-exulcéreuse bénigne.

2. Après un début fébrile ou insidieux, le malade est généralement averti de ses lésions par une vive sensation de brûlures et l'impression de petites tumeurs sur la langue.

3. L'affection siège sur le dos de la langue. Quelques éléments peuvent secondairement apparaître en d'autres régions de la cavité buccale, par exemple la lèvre inférieure et le voile du palais.

4. L'éruption se fait en plusieurs vagues pendant quelques jours. Les premiers éléments apparus atteignent un grand développement, les autres avortent plus ou moins. L'évolution de ces derniers est plus rapide, en sorte qu'à la période d'état et de déclin, tous les éléments sont à peu près au même stade anatomique.

5. L'élément caractéristique est une papule saillante et assez grosse qui tranche par sa teinte blanchâtre sur le reste de la muqueuse buccale ;

elle est entourée d'un halo congestif à limites diffuses. Son centre se nécrose, devient jaunâtre, s'exfolie et s'exulcère légèrement ; les limites de la région exulcérée sont irrégulières.

6. L'examen histologique montre une nécrose avec formation de vacuoles dans les parties moyenne et supérieure de la couche de Malpighi. L'œdème est net dans l'épiderme et le derme. Les papilles sont semées de petites cellules rondes et leurs vaisseaux très congestionnés. L'infiltration à prédominance périvasculaire s'étend plus ou moins dans les parties superficielles du derme.

7. L'évolution est rapide. Les lésions se modifient du jour au lendemain. On peut distinguer les phases : d'accroissement, de nécrose centrale superficielle, d'affaïssement avec exulcération, de terminaison. L'éruption est suivie de plaques de glossite desquamative simple. Abstraction faite de cette sequelle d'ailleurs fugace, la durée est d'une quinzaine de jours, ou un peu moins, peut-être parfois un peu plus. La guérison survient spontanément. La bénignité est constante. Seul un traitement symptomatique peut être utile. On ne connaît pas de récidives.

8. Le diagnostic se pose avec toutes les affections buccales, en particulier la syphilis, les aphtes, la varicelle et surtout la variole. Les caractères de la glossite papuleuse aiguë sont assez nets pour qu'il soit facile de la reconnaître.

9. La maladie est certainement infectieuse. Elle a été vue chez des adultes d'une trentaine d'années,

femmes ou hommes. On ne connaît pas de causes prédisposantes, ni de cas de contagion. Les faits publiés se sont montrés isolés. On peut discuter la parenté avec la variole, l'érythème papuleux de Hebra et d'autres affections. En l'état actuel de nos connaissances, la glossite papuleuse aiguë fait figure de maladie spécifique à virus inconnu.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de thèse,*
HARVIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- MICHELSON (P.). — Ueber einige selteneren Zungenkrankheiten (Glossitis papulosa acuta). *Berlin, klin. Woch.*, 24 nov. 1890, N° 47, pp. 1094-1095.
- MICKULICZ-RADEZKY (J. von) et KUMMEL (W.). — Die Krankheiten des Mundes, 2^e édit., *Jena* 1920, *cinquième éd.* Art. glossitis papulosa acuta.
- CHEVALLIER (Paul), SCHOENGRUNN (A.) et MOLINE (R.). — Un cas de glossite papuleuse (papulo-exulcéreuse) aiguë. *Bull. et Mém. de la Société méd. des Hôp. de Paris*. Séance du 11 janvier 1935, N° 2, pp. 87-90.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 14-6-1935.

